

注文票

注文者	団体 名称： _____ 様 (担当： _____ 様)			
	個人 氏名： _____ 様			
連絡先	住所	〒 _____		
	TEL	_____ - _____	FAX	_____ - _____
お届け先	商品のお届け先が連絡先と異なる場合のみご記入ください			
	住所	〒 _____		
	TEL	_____ - _____	FAX	_____ - _____
代金請求先	請求書宛名 (_____ 様)			
	請求書日付 (記入可 、 記入不可) * 記入可の場合は商品発送日を記入します			

商品番号	商品名	単価	数量	合計
		¥	個	¥
		¥	個	¥
		¥	個	¥
		¥	個	¥
		¥	個	¥
総合計			個	¥
納品日	指定する (平成 年 月 日)		指定なし	
特別仕様	希望する (箱 、 包装 、 のし (宛))			
	希望しない			

<ご注文方法>

* 注文票を F A X または郵送にて岐阜県社会福祉協議会・岐阜県セルフ支援センターまでお送りください。

<ご注文の際の注意>

* 連絡先住所は都道府県から番地、アパート名、部屋番号までご記入ください。

* 商品は、受付日から 1~2 週間程で本会または商品取り扱い施設よりお届けします。送料はお客様負担となります。商品によってはお時間をいただく場合もありますのでご了承ください。

* 箱・のし・包装等の特別仕様も承ります。(別途料金が必要です。)

* 代金のお支払いは納品時に同封させていただき請求書にもとづき、銀行振込でお支払いをお願いします。お振込手数料はご負担いただくこととなりますのであらかじめご了承ください。

<お問い合わせ先>

社会福祉法人 岐阜県社会福祉協議会・岐阜県セルフ支援センター
〒500 - 8385 岐阜県岐阜市下奈良 2 - 2 - 1 岐阜県福祉農業会館内
TEL 058 - 273 - 1111(内線：2526) FAX 058 - 275 - 4888